

■ Artigo Original

No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos

In vaginal and cesarean deliveries, a companion is not allowed in the room: discourses of nurses and technical directors

En parto vaginal y cesárea el acompañante no entra: discursos de enfermeras y directores técnicos



Odaléa Maria Brüggemann^a

Romana Raquel Ebele^b

Erika Simas Ebsen^c

Bruna Daniela Batista^b

RESUMO

Objetivo: Compreender, sob a ótica de enfermeiros e diretores técnicos, as razões que levam as instituições de saúde de Santa Catarina (Brasil) a impedirem a presença do acompanhante no parto vaginal e na cesariana.

Métodos: Pesquisa exploratório-descritiva, qualitativa. Foram entrevistados 12 enfermeiros e cinco diretores técnicos de setembro/2011 a fevereiro/2012. Os relatos foram analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo.

Resultados: Nas ideias centrais, as restrições do acompanhante são: a sala cirúrgica não é lugar para o acompanhante; na sala de parto acompanhante não entra; o acompanhante não tem preparo emocional e psicológico; falta de participação no pré-natal dificulta a entrada do acompanhante; se o acompanhante não pede, ele não entra, mas se exigir, entra.

Considerações finais: O impedimento do acompanhante está pautado em ideias preconcebidas de que ele pode interferir negativamente na organização do processo de trabalho.

Palavras-chave: Parto humanizado. Apoio social. Direitos do paciente. Enfermagem obstétrica. Saúde da mulher. Instituições de saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

ABSTRACT

Objective: To understand the reasons why health institutions from the state of Santa Catarina, Brazil prevent the presence of a companion in vaginal and caesarean delivery, from the perspective of nurses and technical directors.

Method: Exploratory-descriptive, qualitative research. A total of 12 nurses and five technical directors were interviewed from September/2011 to February/2012. The reports were analyzed according to the Collective Subject Discourse.

Results: In the central ideas of restrictions to the companion we may cite: the operating room is not the place for a companion; in the delivery room companions are not allowed to come in; the companion does not have emotional and psychological preparation; lack of participation in prenatal care hinders the entrance of the companion; if the companion does not ask, he does not come in, but if he requires, he may come in.

Final considerations: The companion impediment is guided by pre-conceived ideas that can negatively interfere in the organization of the birth process.

Keywords: Humanized delivery. Social support. Patient's rights. Midwifery. Women's health. Health institutions. Millennium Development Goals.

RESUMEN

Objetivo: Comprender las razones que conllevan las instituciones de salud de Santa Catarina-Brasil a impedir la presencia del acompañante en partos vaginales y cesáreas, bajo la óptica de enfermeros y directores técnicos.

Método: Investigación exploratoria-descriptiva, cualitativa. Fueron entrevistados 12 enfermeros y cinco directores técnicos, de septiembre/2011 — febrero/2012. Los relatos fueron analizados según Discurso del Sujeto Colectivo.

Resultados: Las ideas centrales sobre la restricción del acompañante son: la sala quirúrgica no es lugar para el acompañante; en la sala de parto el acompañante no entra; el acompañante no tiene preparación emocional o psicológica; falta de participación en el prenatal dificulta la entrada del acompañante; si el acompañante no pide, él no entra, pero si lo exige, puede entrar.

Consideraciones finales: El impedimento del acompañante está pautado en ideas preconcebidas de que él podría interferir negativamente en la organización del proceso de trabajo.

Palabras clave: Parto humanizado. Apoyo social. Derechos del paciente. Enfermería obstétrica. Salud de la mujer. Instituciones de salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.53019>

^a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Departamento de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Curso de Graduação em Enfermagem. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

^c Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Curso de Especialização em Saúde Coletiva. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A presença de um acompanhante escolhido pela parturiente, durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, tem sido recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1985, a partir da Conferência sobre Tecnologia Apropriada para Nascimento e Parto⁽¹⁾.

Na década de 1990, com base nas evidências científicas, essa prática foi classificada no *Care in normal birth: a practical guide*, na categoria A – práticas que são claramente úteis e devem ser encorajadas⁽²⁾. A adoção desta recomendação, pelas instituições de saúde, possibilita que toda mulher tenha o apoio de uma pessoa de confiança, pertencente a sua rede social.

Os benefícios do apoio durante o processo de nascimento são apontados na última revisão sistemática publicada pela *Cochrane Library*, que avaliou 22 ensaios clínicos randomizados, onde seis deles, realizados em Botswana, Chile, EUA, Brasil, Nigéria e Tailândia, avaliaram o apoio prestado por um acompanhante de escolha da mulher. Os principais resultados foram: aumento de partos vaginais espontâneos; maior satisfação da mulher com a experiência do nascimento; redução da analgesia intraparto; diminuição do tempo de trabalho de parto, da taxa de cesariana e do parto vaginal instrumental; e de recém-nascidos com baixo índice de Apgar no 5º minuto de vida⁽³⁾.

No Brasil, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento, lançado em 2000, e de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁽⁴⁾, em 2004, destacam a importância de promover a inserção do acompanhante como uma das práticas para a humanização, qualificação e melhoria da atenção obstétrica e neonatal. Essas ações fazem parte do movimento do Ministério da Saúde (MS) brasileiro para o alcance do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM – 5) – melhorar a saúde materna. De acordo com o relatório Nacional de Acompanhamento, a meta A, reduzir três quartos a taxa mortalidade materna observada em 1990, não será alcançada. No entanto, a meta B, referente a esse Objetivo – universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva, está próxima de ser atingida, uma vez que em 2011 a maioria das gestantes realizaram quatro ou mais consultas de pré-natal e praticamente todos os partos (99%) foram assistidos em instituições de saúde⁽⁵⁾. As ações propostas extrapolam o acesso e cobertura, uma vez que buscam promover a adoção de boas práticas na atenção obstétrica, a exemplo da inserção do acompanhante para apoiar a mulher durante o processo parturitivo.

Assim, em 2005, para assegurar a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato como um direito da mulher nas instituições de

saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, foi sancionada a Lei nº 11.108⁽⁶⁾, conhecida também com “Lei do acompanhante”.

Em 2011, com o lançamento da Rede Cegonha⁽⁷⁾, estratégia que visa assegurar o direito das mulheres ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante todo o ciclo gravídico-puerperal, o MS mais uma vez centrou esforços para o alcance do quinto ODM. A Rede Cegonha é uma iniciativa que busca mudar o modelo de atenção ao parto e nascimento, colocando a mulher como protagonista do processo de gestar e parir⁽⁸⁾. Desta forma, também reforça a importância da presença do acompanhante durante o processo parturitivo.

Embora a inserção do acompanhante seja amplamente recomendada nas políticas públicas brasileiras, o levantamento realizado pela ouvidoria da Rede Cegonha, em 2012, mostrou que os hospitais do SUS não estão cumprindo a Lei, uma vez que das 83.574 mil mulheres entrevistadas, 65,2% relataram que não tiveram direito ao acompanhante durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁽⁹⁾. Outras pesquisas também mostram que muitas parturientes permanecem sozinhas, especialmente no nascimento propriamente dito, seja por parto vaginal ou cesariana⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A limitação da presença do acompanhante no cenário do nascimento, no Brasil, impossibilita que a mulher receba o apoio de sua rede social durante todo o processo parturitivo. A pesquisa nacional Nacer no Brasil revelou uma desigualdade social, uma vez que as mulheres com maior renda e escolaridade, de cor branca, submetidas à cesariana e com fonte privada de pagamento foram mais frequentemente acompanhadas por uma pessoa de sua escolha durante o parto⁽¹²⁾. Dessa forma, isto se revela um importante problema de saúde pública, pois o não cumprimento deste direito priva a mulher e o recém-nascido de serem beneficiados por esta prática, contrapondo-se aos princípios do SUS. Consequentemente, como apontam as evidências científicas, as mulheres ficam mais suscetíveis às intervenções desnecessárias durante a assistência obstétrica e neonatal, que repercutem negativamente nos indicadores de saúde⁽³⁾.

Diante desse contexto, a questão norteadora do presente estudo foi: quais motivos impulsionam as instituições de saúde a não permitirem o acompanhante de escolha da mulher durante o nascimento do seu filho? Assim, essa pesquisa objetivou compreender as razões que levam as instituições de saúde de Santa Catarina-Brasil a impedirem a presença do acompanhante no parto vaginal e na cesariana, sob a ótica dos enfermeiros e diretores técnicos.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, que está inserida no macroprojeto intitulado “A inserção do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto: a realidade do estado de Santa Catarina”, de método misto.

A presente investigação foi realizada na segunda fase desse macroprojeto, sendo que participaram 12 instituições de saúde que prestam assistência ao parto. Os critérios de inclusão das instituições foram: prestar assistência ao parto e não permitir ou permitir somente às vezes a presença do acompanhante. Assim, foram entrevistados 12 enfermeiros responsáveis pelo setor do Centro Obstétrico e cinco diretores técnicos, totalizando 17 informantes.

O número de participantes foi definido através da saturação teórica dos dados, em que o processo de coleta é encerrado quando as informações obtidas não trazem novos elementos que aprofundem ou subsidiem a teorização pretendida diante dos objetivos estabelecidos pela pesquisa⁽¹³⁾. Na seleção dos participantes, foram contempladas seis das oito regiões do Estado – Vale do Itajaí, Litoral, Oeste, Sul, Leste, Planalto Norte, Planalto Serrano e Norte. Dentre as instituições que não permitiam o acompanhante, houve quatro enfermeiros e um diretor técnico que se recusaram participar do estudo.

Os dados foram coletados de setembro de 2011 a fevereiro de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas, previamente agendadas por contato telefônico e correio eletrônico. O roteiro de entrevista continha perguntas relacionadas com os dados de identificação do entrevistado, formação profissional, experiência da instituição em inserir o acompanhante durante o trabalho de parto e parto, opinião da equipe sobre a presença do acompanhante e discussão de estratégias para a implementação da Lei. Em virtude da localização geográfica das instituições de saúde, as entrevistas realizadas por telefone, foram gravadas com um microfone unidirecional e microcomputador provido de *software* de edição do áudio Sound Forge 9.0.

Os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, metodologia e aspectos éticos. As entrevistas iniciavam com a leitura e gravação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde os participantes manifestavam verbalmente a concordância em participar do estudo e informavam o número do seu documento de identidade. Posteriormente, o arquivo de áudio com o TCLE dos participantes era enviado por e-mail para cada um.

Todas as entrevistas foram transcritas e revisadas, após escuta repetida das gravações. A análise foi realizada de acordo com a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo

(DSC)⁽¹⁴⁾. É uma proposta metodológica de sistematização de dados qualitativos que pressupõe que o pensamento coletivo pode ser visto como um conjunto de discursos, compondo o imaginário social e expressando a fala da coletividade sobre um determinado tema. Após a leitura do material empírico, identificou-se as Expressões-Chave (EC), que demonstravam a essência dos depoimentos, e as Ideias Centrais (IC), que descrevem o sentido de uma ou mais EC. As palavras ou expressões linguísticas que constituem as IC representam, de forma sintética, precisa e fidedigna, o posicionamento de um depoimento ou conjunto de EC que formaram os DSC, redigidos na primeira pessoa do singular⁽¹⁴⁾. No processo de análise, as EC e IC sofreram um processo de validação por parte dos pesquisadores, sendo discutido os achados para sanar qualquer contradição⁽¹³⁾.

O macroprojeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, protocolo nº 0026.1602/09, e todos os aspectos que envolveram a realização desta pesquisa estão de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

■ RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os enfermeiros entrevistados (12) eram majoritariamente do sexo feminino, idade entre 27 e 48 anos, e tempo de formado de dois a 24 anos. Somente um possuía especialização em obstetrícia e três estavam cursando, e o tempo de atuação na área de obstetrícia variou de um a 24 anos. Os diretores técnicos (cinco) eram todos do sexo masculino, idade entre 34 e 67 anos, tempo de formado variando de três a 40 anos, atuação como diretor técnico entre três meses e 15 anos, sendo que um tinha graduação em Enfermagem, um em Farmácia e três em Medicina.

Após a análise das falas dos participantes, emergiram cinco IC: a sala cirúrgica não é lugar para o acompanhante; a instituição de saúde restringe a entrada do acompanhante na sala de parto vaginal; o acompanhante não tem preparo emocional e psicológico; falta de participação no pré-natal dificulta a entrada do acompanhante; se o acompanhante não pede, ele não entra, mas se exigir, entra. As IC e seus DSC correspondentes foram identificados pela mesma numeração.

IC1 – A sala cirúrgica não é lugar para o acompanhante

(DSC1) Eu acho que por ser [a cesárea] um procedimento mais invasivo, uma cirurgia, eu acho mais complicado, é uma cena um pouco forte pra eles [acompanhantes], eles

ficam apavorados, e o cara vai desmaiar. Aí fica complicada a situação. Os acompanhantes não estão acostumados com os conceitos de assepsia e antissepsia, a paramentação toda pra poder estar no centro cirúrgico, de lidar com campo estéril.

A IC1 e seu DSC demonstram que os profissionais acreditam que a sala cirúrgica não é um ambiente para o acompanhante. A cesariana, por ser uma cirurgia de grande porte, exige a adoção de condutas que os acompanhantes não estão familiarizados e que, por isso, não sabem como se comportar. Além disso, limitar a entrada de pessoas que não integram a equipe parece poupar os profissionais de demandas assistenciais imprevisíveis, o que contribui para compreender porque a presença do acompanhante na sala cirúrgica é menos frequente que na sala de parto vaginal⁽¹⁰⁾.

Os profissionais não reconhecem que a mulher tenha direito ao acompanhante no centro cirúrgico, e consideram que o mesmo irá atrapalhar a assistência por estarem despreparados, podendo assim potencializar situações de nervosismo e ansiedade e, até interpretar erroneamente o atendimento prestado à parturiente⁽¹¹⁾. Contudo, cabe também à equipe de saúde identificar as demandas do acompanhante nesse ambiente, tranquilizando-o e esclarecendo seus questionamentos quanto aos procedimentos realizados.

Vale destacar que um dos grandes desafios para a política de saúde brasileira e para o alcance do quinto ODM é a redução da realização indiscriminada de cesarianas, pois esse procedimento contribui para elevar os riscos maternos e neonatais e tem dificultado a redução da mortalidade materna. As taxas tem se mantido muito elevadas e com tendência de crescimento em todas as regiões brasileiras⁽⁵⁾.

IC2 – Na sala de parto vaginal acompanhante não entra

(DSC2) É dito que não pode [no parto], que é uma regra da instituição. Não é explicado nada, é meio que curto e grosso. Nem sempre tem o acompanhante na sala de parto, e menos no parto cesáreo, mas no pré-parto e no pós-parto imediato tem acompanhante direto. Quando elas vão pra sala [de parto] já fica sem ninguém junto. Se já chega em trabalho de parto e é levada direto pra sala, não fica ninguém junto, só depois no pós-parto mesmo.

A modificação de rotinas que possam alterar o funcionamento do Centro Obstétrico (CO) parece ser um fator limitante da entrada do acompanhante. Estudo que descreveu a inserção do acompanhante em Santa Catarina reve-

lou que 15,3% das instituições não permitem a presença do acompanhante na sala do parto, apontando como aspectos dificultadores a área física inadequada, a falta de apoio da diretoria técnica, clínica e administrativa, a não aceitação pelos profissionais que atuam no CO, e a não reivindicação das parturientes⁽¹⁰⁾. Dados nacionais apontam que das 23.879 mulheres entrevistadas, apenas 32,7% delas tiveram acompanhante no momento do parto⁽¹²⁾. Desta maneira, a IC2 contribui para o entendimento dessa realidade, uma vez que mostra que algumas instituições restringem de forma rotineira a presença do acompanhante como uma regra institucional, não promovendo a sua inserção.

Considerando que as evidências acerca do benefício do apoio à mulher, pelo acompanhante de sua escolha, apontam redução das intervenções obstétricas desnecessárias⁽³⁾, pode-se inferir que a adoção dessa prática nas instituições de saúde contribui para o alcance do quinto ODM, pois a redução da mortalidade materna por causas obstétricas está condicionada a diminuição de complicações no parto e puerpério decorrentes de intervenções inadequadas⁽⁵⁾. Desta forma, é necessário que todos os esforços sejam empreendidos para que essa boa prática seja implementada para todas as gestantes e parturientes.

IC3 – O acompanhante não tem preparo emocional e psicológico

(DSC3) Alguns acompanhantes não tão preparados, por mais que a gente faça toda orientação do procedimento em si, principalmente o da sala de parto, eu já tive algumas situações que os acompanhantes querem participar, mas quando chega no ato, não tem condições psicológicas pra isso. E algumas situações que vão ocorrer lá dentro não foram explicadas a ele e ele pode achar aquilo estranho. Tem que ter um critério, um bom senso, de como a pessoa vai ficar na hora. Daí baseado na minha experiência acumulada eu sei como pode ser. Eu vejo alguns pais que não vêm preparados pro que tão vendo, pro que está acontecendo, entende?

É possível identificar nesta IC que, na ótica dos profissionais, o acompanhante deve ter um conhecimento prévio de quais fenômenos estão envolvidos no parto para que ele tenha adequada participação nesse processo. Esta percepção de que o acompanhante não tem preparo pode ser decorrente das crenças, valores e ideias pré-concebidas que levam o profissional a não aceitar a presença do acompanhante no parto⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. Entretanto, o “despreparo” do acompanhante, relatado pelos profissionais, não pode ser justificativa para a sua não permanência no cenário do parto⁽¹⁷⁾.

O profissional parte do princípio de que o comportamento do acompanhante é previsível e ele possui a experiência necessária para identificar antecipadamente a reação dele na cena do parto, ou seja, ele sabe quem vai ou não vai atrapalhar. Em pesquisa realizada em uma maternidade da Região Nordeste, os profissionais acreditam que a presença do acompanhante interfere e provoca alterações na dinâmica de trabalho⁽¹⁸⁾. Esse DSC está intimamente relacionado com a próxima IC, uma vez que, sob a ótica dos profissionais, os acompanhantes não estão preparados para enfrentar as demandas emocionais associadas ao parto, acarretando em ideias errôneas sobre a forma como ele evolui. Por outro lado, pesquisa realizada com acompanhantes revelou que a experiência no CO foi extremamente positiva, superando as expectativas negativas, apesar da falta de preparo⁽¹⁹⁾.

Esses aspectos remetem a uma reflexão sobre a importância dos profissionais conhecerem e valorizarem a diversidade de sentimentos, emoções e angústias que envolvem a vivência do acompanhante no CO e ofereçam o suporte necessário⁽¹⁹⁾.

O DSC3, também demonstra que o profissional de saúde tende a permitir o acompanhante quando ele considera que o parto será “bem normal”, ou seja, selecionando um padrão de “parto ideal” para que o acompanhante tenha uma boa experiência. Essa concepção parece um tanto equivocada ao se resgatar os benefícios do apoio durante o nascimento, uma vez que contribui para fisiologia do parto, redução das intervenções obstétrica e satisfação da mulher com a experiência⁽³⁾, criando-se um ciclo virtuoso, no qual o acompanhante é uma peça fundamental.

IC4 – Falta de participação no pré-natal dificulta a entrada do acompanhante

(DSC4) O acompanhamento do parto vai depender se a pessoa foi ou não no pré-natal, durante as consultas, daí é liberado. Daí quando chega no dia do parto aí o pai do bebê quer assistir, mas aí ele não frequentou nenhuma consulta pré-natal, ele não participou, não tá orientada lá no pré-natal. Então em alguns momentos não é liberada a presença na sala de parto. A forma com que eles não participam [do pré-natal], dificulta a inserção deles ou no centro cirúrgico.

A Lei do Acompanhante garante o direito da mulher em ter alguém de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Embora ela não determine critérios para ser acompanhante, a IC4 e seu DSC demonstram que os profissionais condicionam sua presença à participação durante o pré-natal.

Há de se considerar que os grupos de gestantes e casais grávidos durante o pré-natal são uma estratégia importante no preparo do acompanhante para o parto, emocional e instrumental. Entretanto, no contexto brasileiro, nem todas as gestantes, e muito menos os acompanhantes, conseguem frequentar estes grupos. A consulta de pré-natal é a principal estratégia para envolver o acompanhante de escolha da mulher desde a gestação para que ele se sinta seguro e empoderado para participar de forma ativa do processo de parir, e deveria dar conta das demandas relacionadas ao preparo para o parto. Nesse sentido, torna-se necessário ampliar o escopo das ações para além da cobertura e acesso das mulheres ao pré-natal, na intencionalidade de contribuir para a redução da taxas de cesariana, que impactam diretamente na mortalidade materna⁽⁵⁾. Para tanto, os profissionais da atenção básica deveriam estimular o acompanhante a comparecer nas consultas, orientando-o sobre seu papel como provedor de apoio⁽¹⁹⁾.

Todavia, a participação no pré-natal não é condição *sine qua non* para que seja permitida a permanência do acompanhante durante todos os períodos clínicos do parto, em especial no momento do “parto em si”. Nesse sentido, é imprescindível que os profissionais do CO também forneçam as orientações necessárias para que o acompanhante possa apoiar a parturiente e ter uma experiência positiva.

IC5 – Se o acompanhante não pede, ele não entra, mas se exigir, entra

(DSC5) Se o acompanhante não pede, ele não entra. Se ele pede, aí... ele entra. [...] Olha, na verdade a gente nem toca no assunto, a equipe não insiste também. Porque a gente não tem como acolher ele dentro do Centro Obstétrico. A gente orienta os procedimentos que vão ser feitos e porque ele não pode acompanhar, mas se eles exigirem, realmente exigirem, dizer que eles querem, a gente não tem como dizer não. Mas como nenhum pede, então, é rara a entrada. Então não é tão comum o acompanhante na sala de parto, nem na sala de cirurgia.

O poder do profissional é cerceador da presença do acompanhante, assim, a publicação da Lei nº 11.108 em 2005, *per si*, não assegurou esse direito para todas as mulheres. Dados do inquérito nacional Nascer no Brasil, mostraram que apenas 18,8% das mulheres tiveram acompanhante em todos os momentos da internação⁽¹²⁾.

Os achados do presente estudo contribuem para compreender esse panorama nacional, uma vez que desvela como os profissionais omitem informações sobre a Lei do acompanhante e possuem estratégias que impossibilitam

a sua implementação. Assim, se o acompanhante não pede a instituição também não faz questão da sua presença, porém se o mesmo exige, a permissão é concedida.

Nessa conjuntura, a ampla divulgação junto aos usuários dos serviços de saúde, tendo como referência a Lei nº 12.895⁽²⁰⁾ que obriga os hospitais a manter em local visível em suas dependências as informações sobre o direito ao acompanhante parece ser a estratégia mais efetiva para que eles possam exercer o controle social. Paralelamente, cabe os profissionais de saúde e aos gestores uma mudança de atitude com vistas a promover o cumprimento das Leis relacionadas ao acompanhante.

A inserção do acompanhante é uma prática que pode colaborar na promoção do atendimento qualificado às mulheres, uma das principais iniciativas no eixo temático da saúde para os ODM⁽⁵⁾, visto que ele é peça fundamental para a humanização da assistência. Além disso, o seu apoio durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato contribui para a redução de intervenções desnecessárias e, conseqüentemente ajuda a melhorar a saúde materna.

■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proibição da presença do acompanhante no cenário do parto vaginal e da cesariana impede que o direito da mulher seja respeitado e que ela e o recém-nascido usufruam dos benefícios desta prática.

Os obstáculos impostos pelos profissionais de saúde, para o cumprimento integral da Lei do Acompanhante, são pautados por ideias pré-concebidas de que o ambiente hospitalar não é lugar para o acompanhante e que a sua presença pode interferir negativamente na organização do processo de trabalho.

As razões apontadas nos discursos dos profissionais reforçam que o modelo vigente ainda é predominantemente biologicista, apesar das políticas públicas de atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, dos princípios preconizados pelo SUS e dos esforços empreendidos pelo MS para o alcance das metas estabelecidas pelo quinto ODM.

A inserção do acompanhante no processo de nascimento requer mudanças de atitudes dos profissionais, em especial os que ocupam cargos de gestão nas instituições de saúde, sejam da área médica ou de enfermagem. Nessa perspectiva, os enfermeiros possuem papel central no planejamento de ações de saúde, com os gestores, visando a inserção do acompanhante. A adoção dessa prática pode contribuir para a redução de intervenções desnecessárias indutoras das complicações obstétricas que, por sua vez, estão associadas com a mortalidade materna no Brasil, que permanece acima da meta estipulada para 2015 pelos ODM.

Por fim, os achados desse estudo contribuem para uma ampla reflexão acerca das questões relacionadas à inserção do acompanhante e a sua interface com o alcance do quinto ODM, apontando possibilidades para que essa prática seja mais valorizada na promoção de um atendimento seguro e qualificado às mulheres.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH). Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;326(8452):436-7.
2. World Health Organization (CH). Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996.
3. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jul. 15;7(CD003766). doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília; 2004.
5. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Ipea; 2014.
6. Presidência da República (BR), Presidência da República. Lei No 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2005 abr. 8;142(67 Seção 1):1.
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil*. 2011 jun. 27;148(121 Seção 1):109-11.
8. Cavalcanti PC da S, Gurgel Júnior GD, Vasconcelos ALR de, Guerrero AVP. Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis*. 2013 out./dez.;23(4):1297-316. doi:10.1590/S0103-73312013000400014
9. Ministério da Saúde (BR), Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Resultados preliminares da pesquisa de satisfação com mulheres puérperas atendidas no Sistema Único de Saúde – SUS maio de 2012 a fevereiro de 2013. Brasília; 2013.
10. Brüggemann OM, Oliveira ME, Martins, HEL, Alves MC, Gayesk ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de Santa Catarina. *Esc Anna Nery*. 2013 jul./ago.;17(3):432-39. doi: 10.1590/S1414-81452013000300005
11. Santos LM, Carneiro CS, Carvalho ESS, Paiva MS. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. *Rev Rene*. 2012;13(5):994-1003.
12. Diniz CSG, D'Orsi E, Domingues RMSM, Torres JA, Dias MAB, Scknek CA, et al. Implantação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(supl. 1):S140-53. doi: 10.1590/0102-311X00127013
13. Fontanella BJB, Luchesi BR, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(2):389-94.
14. Lefrève F, Lefrève AMC. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUECS; 2003.

15. Prata KS, Brito MCMC, Almeida MS, Barbosa NR, Nunes IM. Acompanhante no centro obstétrico: significado para a equipe de enfermagem. *Rev Baiana Enferm.* 2011 set./dez.;25(3):277-86.
16. Brüggemann OM, Ebsen ES, Oliveira ME, Gorayeb MK, Ebele RR. Texto Contexto Enferm. 2014 abr./jun.;23(2):270-7. doi: 10.1590/0104-07072014002860013
17. Carvalho IS, Júnior PBC, Nunes VMA, Macedo JBPO. Dificuldades relacionadas à presença do acompanhante durante o processo parturitivo da mulher: percepção dos enfermeiros. *Rev Pesqui: Cuid Fundam.* 2011 dez.:(supl.):28-36. doi: 10.9789/2175-5361.2011.v0iSupl..28-36
18. Soares RKC, Silva SF, Lessa PRA, Moura ERF, Pinheiro PNC, Damasceno AKC. Acompanhante da parturiente e sua relação com equipe de enfermagem: um estudo qualitativo. *Online Braz J Nurs.* 2010;9(1). doi: 10.5935/1676-4285.20102867
19. Frutuoso D, Brüggemann OM. Conhecimento sobre a lei 11.108/2005 e a experiência dos acompanhantes junto à mulher no centro obstétrico. *Texto Contexto Enferm.* 2013 dez.;22(4):909-17. doi: 10.1590/S0104-07072013000400006
20. Presidência da República (BR), Casa Civil, Subchefia para assuntos jurídicos. Lei No 12.895, de 18 de dezembro de 2013. Altera a Lei No 8.080, de 19 de setembro de 1990, obrigando os hospitais de todo País a manter, em local visível de suas dependências, aviso informando sobre o direito da parturiente a acompanhante. *Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil.* 2013 dez. 19;150(246 Seção 1): 1.

■ **Endereço do autor:**

Odaléa Maria Brüggemann
Rua Deputado Antônio Edu Vieira, 1020/204, bloco B,
Pantanal
88040-001 Florianópolis-SC
E-mail: odalea.bruggemann@ufsc.br

Recebido: 23.01.2015

Aprovado: 12.08.2015